

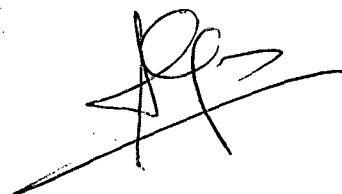
228

CM 228

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

FACULDADE DE MEDICINA

(Nove)



BLASTOMICOSE SUL AMERICANA

ESTUDO DE 14 CASOS INTERNADOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UFSC ENTRE MAIO DE 1980 E SETEMBRO DE 1982

AUTORES: *JOÃO LOURENÇO ESPÍNDULA
*PEDRO CARDOSO DE BEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DA 12^A FASE DO CURSO DE GRADUAÇÃO
EM MEDICINA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UFSC

(§) - DOUTORANDOS DA 12^A FASE DO CURSO DE MEDICINA DA
UFSC.

FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO DE 1982

BLASTOMICOSE SUL - AMERICANA

ESTUDO DE 14 CASOS INTERNADOS NO HOSPITAL

UNIVERSITÁRIO DA UFSC ENTRE

1980 E 1982

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO DE 1982

AUTORES: * JOAO LOURENÇO ESPINDULA
* PEDRO CARDOSO DE BEM

DOUTORANDOS DA 12^A FASE DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM
MEDICINA DA UFSC

AGRADECIMENTOS:

PROF. DR. OTHMAR BAUER

DR. ROBERTO PACHECO DE SOUZA

ENFERMAGEM DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

FUNCIÓNARIOS DO SAME DO HOSPITAL

UNIVERSITÁRIO

I N D I C E

OBJETIVOS	01
RESUMO	02
INTRODUÇÃO	03
CONCEITO	03
HISTÓRICO	04
ETIOLOGIA	05
EPIDEMIOLOGIA	06
PATOLOGIA	08
DIAGNÓSTICO	09
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	10
TRATAMENTO	11
CASUISTICA E METODOS	12
RESULTADOS	13
IDADE, SEXO E COR	13
PROFISSÃO E PROCEDÊNCIA	15
HÁBITOS	17
QUEIXA PRINCIPAL	19
SINTOMATOLOGIA	21
EXAME FÍSICO	23

EXAMES LABORATORIAIS.....	25
ALTERAÇÕES RADIOLOGICAS	27
CONFIRMAÇÃO DIAGNOSTICAS	29
FORMA CLINICA DA BLASTOMICOSE	31
DIAGNOSTICOS ASSOCIADOS	33
TRATAMENTO HOSPITALAR	34
TEMPO DE INTERNAÇÃO	35
ÓBITO HOSPITALAR	36
TRATAMENTO DOMICILIAR E REINTERNACÕES.....	37
COMENTÁRIOS.....	38
CONCLUSÕES	40
ABSTRACT	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43

O B J E T I V O S

1. Levantar a incidência da Blastomicose Sul Americana no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina no período compreendido entre maio de 1980 e setembro de 1982.
2. Fazer uma breve revisão bibliográfica sobre o assunto.
3. Estudar o comportamento epidemiológico da doença em nosso meio.
4. Demonstrar as formas clínicas da Blastomicose Sul Americana em maior incidência em nossa casuística.
5. Desenvolver e aprimorar a técnica de elaboração de trabalho científico.

R E S U M O

Os autores estudaram 14 casos de Blatomicose Sul Americana internados no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de 1980 a setembro de 1982.

Foram analisados os aspectos epidemiológicos, diagnósticos, clínicos e terapêuticos.

Fez-se uma breve revisão bibliográfica atualizada, procurando corrigi-la com a casuística.

INTRODUÇÃO

CONCEITO

É uma DOENÇA SISTÊMICA granulomatosa que produz caracteristicamente uma infecção pulmonar primária, frequentemente inaparente e então se dissemina na forma de granuloma ulcerada na mucosa oral, nasal e ocasionalmente gastrintestinal.^{10,9} Acontece de preferência trabalhadores rurais masculinos. Está geograficamente restrita ao continente americano e neste, principalmente na América do Sul e Central.⁹

O agente etiológico é o PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS e apresenta quadros clínicos variados com sintomatologia muito rica.^{8,9} Na ausência de tratamento adequado, precoce e continuado e evolução é quase sempre fatal.⁹

SINONÍMIA: Blastomicose Brasileira, Moléstia de Lutz, Moléstia de Almeida, Moléstia de Lutz-Esplendor-Almeida, Granuloma Paracoccidiodico, Paracoccidiodomicose, Granulomatose Blastomicoide Tropical.

HISTORICO

Descrita pela primeira vez por Adolfo Lutz em 1908 que apresentou dois pacientes com extensas lesões granulomatosas na região nasofaríngea e intensa adenopatia cervical.^{10,9,8} Das lesões ele isolou um fungo que reproduziu em diversos tecidos o mesmo tipo de alterações.²

Entre 1908 e 1912, SPLENDORE E CARINI, publicaram trabalhos sobre o microorganismo que recebeu a classificação de Ascomiceto.^{9,8} Em 1930 ALMEIDA estabelece as diferenças com o COCCIDIOIDES IMMITTS e cria novo genero para o BRASILIENSIS que desde então passa a chamar-se PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS.⁹

Antes de 1940 não havia terapia afetiva para a doença, nesse ano foi introduzido por RIBEIRO a sulfamido terapia com bons resultados.^{9,8} A anfotericina B foi introduzida no tratamento a partir de 1958 por LACAZ E SAMPAIO, sendo essa droga eficaz contra todas as formas da doença.^{3,6} Mais recentemente duas novas drogas estão sendo utilizadas, são elas o Miconazole e o Ketoconazole que curam definitivamente e são menos tóxicas que a Anfotericina B.⁹

ETIOLOGIA

O PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSES é um fungo dimórfico assexuado, birrefringente e que pode ser encontrado com os seguintes aspectos no microscópio ótico:

- 1 - Formas arredondadas ou ovais com membrana dupla e em tamanhos que variam de 2 a 60 micras, podem apresentar um ou mais brotos que não ultrapassam 10 micras.
- 2 - Formas filamentosas, brancas, com aspecto de algodão, algumas septadas.
- 3 - Formas aberrantes podem ser encontradas principalmente no exame a fresco.

Morfologicamente o P.Brasiiliensis pode se confundir com P.Loboi, B. Dermatitidis, Coccidioides Immitis e com o H.Capsulatum.^{10,3}

O BLASTOMYCES DERMATITIDIS, agente da Blastomicose Norte Americana foi durante algum tempo considerado como da mesma espécie que o P.B., sendo a inclusão de ambas as espécies proposta no gênero Blastomyces^{9,3} mas CARBONELL demonstrou através da microscopia eletrônica que o processo de brotamento das duas espécies era fundamentalmente diferente.⁹

EPIDEMIOLOGIA

Não sendo a BSA uma doença de notificação obrigatória, os dados sobre ela são obtidos em publicações que relatam os casos de doença ativa e progressiva.⁴ Os estudos sobre a prevalência se baseiam quase sempre em amostras populacionais reduzidas ou específicas.^{6,3} A real incidência e a verdadeira prevalência são ainda especulativas, em face da carência de informações sobre a moléstia.^{3,6}

O fungo tem grande prevalência nas zonas rurais e incide normalmente em áreas de solos férteis, nos vales próximos aos grandes rios onde os índices pluviométricos são elevados.^{10,9} Se distribui desde o México até a Argentina. No Brasil são áreas consideradas endêmicas os estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Espírito Santo, Goiás, Rio Grande do Sul, Paraná e Bahia.¹⁰ As formas frustas da doença devem ter uma alta incidência momentânea nas áreas endêmicas, mas o seu conhecimento só é possível através de inquéritos sorológicos ou radiológicos e esse tipo de trabalho ainda é raro no Brasil.^{10,3,4,6}

Gradualmente se firma o conceito de BSA infecção e BSA doença inicialmente defendida por MACKINNON, LACAZ e FAVA NETO.² Somente baseando-se nesse conceito é que as etapas de primo infecção, resposta do hospedeiro, tempo de contágio, início dos sintomas e doenças ativa poderão ser melhor compreendidos.^{3,6} Certamente a BSA infecção predomina sobre a BSA doença embora o índice seja desconhecido.³ O período de incubação embora se desconheça com exatidão sabe-se que é prolongado. Atualmente é mais aceita como porta de entrada do fungo a inalação donde posteriormente se dissemina pela via hematogênica e/ou linfática.^{10,9,3}

PATOLOGIA

A presença do fungo no interior dos tecidos, determina uma reação inflamatória do tipo granulomatosa, as vezes com exudação. ^{10,8} São encontradas com frequência células do tipo corpo estranho e de Langhans, com fungos no seu interior.⁹ Nos ganglios ocorre hiperplasia e o aspecto granulomatoso se repete, podendo ocorrer necrose de caseificação. Com o desenrolar da doença ocorre fibrose e mais raramente calcificação. ^{10,9,8}

O Baço, Fígado, Intestinos e outras víceras quando atingidas apresentam as mesmas alterações histológicas. No Pulmão o comprometimento é via de regra bilateral e as alterações histológicas pouco diferem. A região para-hilar está sempre aumentada pela hiperplasia dos ganglios. É nesse órgão que a fibrose e calcificação ocorre com mais frequência. ^{10,8,4}

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da BSA só é selado pelo encontro do agente etiológico.^{9,10,8} O PB pode ser encontrado em exame direto de material proveniente de escarro, biópsia, raspado de lesões ulceradas, material de drenagem de nódulos linfáticos supurados.^{10,9} O material deve ser colocado em uma gota de KOH e examinado a fresco.

Nos casos positivos são encontradas células de paredes duplas, esféricas ou ovais isoladas ou em duplas unidas por um pequeno istmo.^{9,8} Na busca do diagnóstico, dados clínicos, epidemiológicos e radiológicos devem ser considerados.^{10,9,8,3}

O estudo evolutivo é baseado na radiologia quadro clínico e nos marcadores da resposta imunológica; os anticorpos séricos.^{9,8} A intradermoreação tem valor nos estudos epidemiológicos e a sua negatificação em doença evolutiva traduz mau prognóstico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Sendo a BSA uma doença sistêmica, múltiplas são as entidades mórvidas com as quais é necessária a diferenciação, em vista da variada gama de sintomas que podem ser observadas.^{10,9,8,3,4}

Na pele as lesões vegetantes exigem diferenciação com principalmente dois outros tipos de micoses que são a Esporotricose e a Cromomicose, Hanseníase, Lupus e Neoplasias cutâneas devem ser lembrados.^{10,9,8} As adenopatias exigem diferenciação com Linfoma, Escrófuloderma e outras neoplasias.^{10,8} Os casos avançados podem simular Sífilis, Tuberculose sistêmica ou mesmo a Boubá,⁹

Notadamente nas áreas endêmicas a doença pode ocorrer concomitantemente com a Esquitossomose e a Doença de Chagas. Lembrando-se em consideração que a maioria dos pacientes são do meio rural e de baixo poder aquisitivo, a desnutrição e a parasitose intestinal são achados comuns que produzem sintomas que se superpõe a doença básica mascarando muitas vezes os sintomas típicos.^{10,9,8,3,4}

TRATAMENTO

Antes do advento das sulfas, o diagnóstico das formas avançadas da BSA implicava irremediavelmente em êxito letal.^{10,9,3} Atualmente o tratamento se baseia principalmente em dois tipos de medicamentos; as Sulfas e a Anfotericina B. As sulfas de excreção lenta como a Sulfadimetoxina e a Sulfametoxipiridazina, são recomendadas num esquema de 0,5 g/dia, sendo essa dose suficiente durante 12 meses para a maioria das formas iniciais.^{10,9,8} As lesões pulmonares requerem a Anfotericina B em doses iniciais de 25 mg aumentadas gradualmente até 75 mg e administradas em dias alternados, sem ultrapassar 3 g por série. No uso da Anfotericina B é necessário severa vigilância da função renal devido a alta toxicidade dessa droga.^{10,3,9}

Recentemente duas novas drogas foram introduzidas no tratamento da BSA o Miconazole na dose de 9 mg/kg/dia durante 16 semanas e o Ictoconazole na dose de 200 mg/dia durante 12 meses, não sendo relatadas reações tóxicas.⁹

Aos agentes específicos deve-se acrescentar os cuidados gerais, os sintomáticos, e também as indicações cirúrgicas quando das sequelas ou complicações.^{10,9}

CASUÍSTICA E MÉTODOS

A pesquisa dos casos de Blastomicose Sul-Americana BSA, internados no Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), desde o seu funcionamento -

- até setembro de 1982 deu-se através de inquérito à enfermagem, médicos e ao Serviço de Arquivo Médico (SAME) através de seus fichários.

Localizados os prontuários de todos os pacientes internados no período acima, em número de 14 (quatorze), A seguir, os mesmos foram passados em revista, anotando-se os seguintes itens: idade, sexo e cor; profissão e procedência; hábitos, queixa principal (QP); sintomatologia; exame físico; exames laboratoriais; alterações radiológicas; confirmação diagnóstica; forma clínica da BSA; diagnósticos associados; tratamento hospitalar; tempo de internação; óbito hospitalar; tratamento domiciliar e reinternações.

RESULTADOS

IDADE, SEXO E COR

A maior incidência ocorreu na 4a., 5a. e 6a. décadas. A idade média foi 44 anos e o desvio padrão 9. O paciente de menor idade apresentava 24 anos e o de maior 57. Observou-se que, excluindo o paciente de 24 anos, todos os demais possuíam idade compreendida entre 35 e 57 anos. (Vide TAB. I.,; e GRÁFICO I., Pag.).

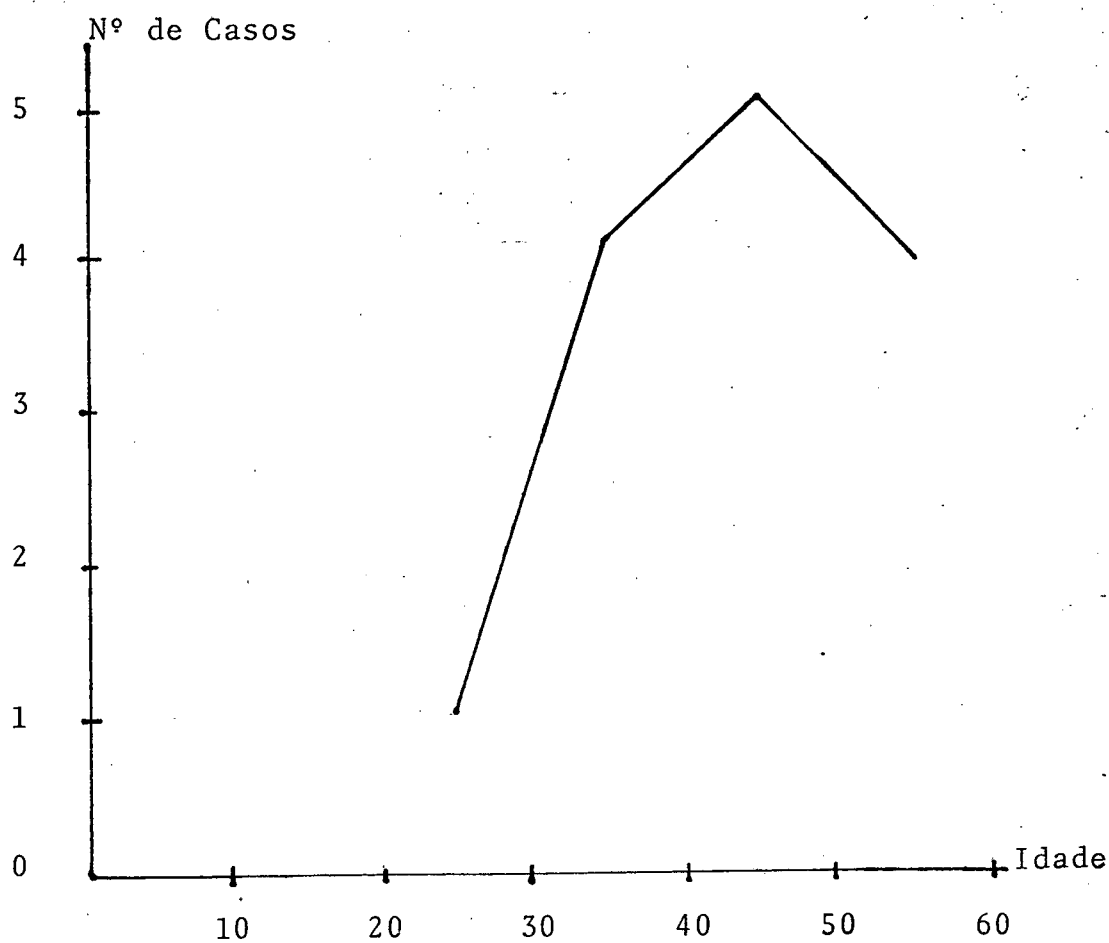
Todos os pacientes eram do sexo masculino.

Quanto a cor, doze eram brancos, e sobre dois pacientes nada constava no prontuário.

TAB.I.: Idade de pacientes portadores de BSA, internados no HU da UFSC, entre 1980 e 1982.

IDADE (anos)	FREQUÊNCIA	Xi
20 e 29	01	24.5
30 e 39	04	34.5
40 e 49	05	44.5
50 e 59	04	54.5
T O T A L	14	----

GRÁFICO I.: Polígono de frequência relativo a idade de pacientes com BSA, internados no HU da UFSC, entre 1980 e 1982.



PROFISSÃO E PROCEDÊNCIA

Dos quatorze pacientes, onze eram lavradores (78.5%). Os outros três constava como: um pedreiro, um "operário" e um "aposentado". O paciente de profissão pedreiro se destacava como o mais jovem do grupo pesquisado, com 24 anos de idade.

Quanto a procedência dos pacientes, não foi possível estabelecer qualquer associação geográfica. Todos procediam de Santa Catarina. Quando os respectivos municípios de origem foram situados no mapa deste Estado, se apresentavam dispersamente distribuídos. (Vide GRÁFICO I., Pag.).

QUADRO I.: Municípios de procedência de 14 pacientes
Portadores de BSA internados no HU da UFSC, entre
1980 e 1982.

MUNICÍPIO	ESTADO	FREQUÊNCIA
Indaial	SC	02
Seara	SC	01
Pouso Redondo	SC	01
Presidente Getúlio	SC	01
São José do Cedro	SC	01
Santa Cecília	SC	01
Florianópolis	SC	01
Modelo	SC	01
Irani	SC	01
Campo Belo do Sul	SC	01
Graraciaba	SC	01
Maravilha	SC	01
Tubarão	SC	01

HÁBITOS

Doze pacientes eram tabagistas de longa data com número variável de cigarros. Sobre dois pacientes não havia relatos no prontuário se os mesmos faziam ou não uso de tabaco.

Nove pacientes eram "estilistas sociais".

Data aproximada do início dos Sintomas:

A menor data aproximada do início dos sintomas foi 6 (seis) meses, e a maior de 60 meses (5 anos). A média foi 27 meses e o desvio padrão 19. Notou-se que 8 (oito) pacientes (57%) relataram o início dos sintomas entre 12 e 48 meses atrás. Um dos prontuários não continha estes dados, não entrando nos cálculos acima. (vide TAB.II., Pag.).

TAB. II.: Data aproximada do início dos sintomas em 14 pacientes com BSA internados no HU da UFSC , entre 1980 e 1982.

DATA (meses)	FREQUÊNCIA
06	2
07	1
09	1
12	2
36	4
48	2
60	1
?	1

QUEIXA PRINCIPAL (QP)

Na apuração da QP, com o intuito de agrupar sintomas, o termo usado pelo paciente, sempre que possível foi "traduzido" tecnicamente: Com o cuidado de não se incorrer em erros foram mantidos termos como "dor no corpo". Muitos dos prontuários estavam com a QP assim já transformada. Alguns pacientes citaram mais de uma QP.

Notou-se que englobando os pacientes com sintomas relacionados anatomicamente à parte alta do trato digestivo e laringe, estes totalizaram um número de 9 (64% do grupo estudado), assim distribuídos: três com ulceração de boca, dois com disfonia, um com odinofagia, um com dor de garganta, um com edema de lábio, e um com disfagia.

Quatro pacientes (28.5%) relataram sintomas de comprometimento pulmonar: dois com dor torácica, dois com dispnéia.

Nos outros a QP foi: um com dor epigástrica, um com "cansaço", um com "dor no corpo", e um com dor articular em joelho. (Vide TAB. III., Pag).

TAB. III.: Queixa principal em 14 pacientes portadores de BSA, internados no HU da UFSC, entre 1980 e 1982.

QUEIXA PRINCIPAL	FREQUÊNCIA
Ulceração de boca	3
Dor torácica	2
Dispnéia	2
Disfonia	2
Dor de garganta	1
Edema de lábio	1
Odinofagia	1
Disfagia	1
Dor epigástrica	1
Artralgia em joelho	1
Cansaço	1
Dor no corpo	1

SINTOMATOLOGIA

O sintoma mais frequente foi tosse, ocorrendo em 11 pacientes (78.5%). A tosse variava de seca a produtiva, com catarro de mucoso a purulento, sendo que 6 pacientes apresentaram um ou mais episódios de escarro hemoptóico.

Os outros sintomas mais frequentes foram: emagrecimento em 7 (sete), astenia em 6 (seis), dispnêia em 6 (seis), febre em 5 (cinco), anorexia em 5 (cinco). Um paciente, com comprova do comprometimento da articulação do joelho pelo P. brasilien - sis apresentou artralgia desta articulação. (Vide TAB. IV.,Pag.).

TAB. IV.: Sintomas encontrados em 14 pacientes portadores de BSA, internados no HU da UFSC , entre 1980 e 1982.

SINTOMAS	FREQUÊNCIA
Tosse	11
Emagrecimento	07
Escarro hemoptóico	06
Astenia	06
Dispneia	06
Febre	05
Anorexia	05
Dor torácica	03
Disfonia	03
Disfagia	02
Dor de garganta	02
Odinofagia	01
Artralgia	01
Palpitações	01
Diminuição da libido	01
Hipotensão postural	01
Eliminação da acuidade visual	01
Dor epigástrica	01
Enterorragia	01
Lipotimia	01
Insônia	01
Queda de dentes	01

EXAME FÍSICO

No exame físico de admissão, 9 (nove) pacientes apresentaram úlcera de boca (64%); 4 (quatro) mucosas descoradas; 4 (quatro) adenomegalia de pescoço; 4 (quatro) estertores subcrepantes; 3 (três) caquexia; e 2 (dois) tiragens.

Num paciente com insuficiência supra-renal efetivamente provocada pela BSA havia hiperpigmentação de pele e mucosas, adenomegalia generalizada e sinal de Giordano. Outro, do qual posteriormente se isolou *P. brasiliensis* do líquido sinovial do joelho apresentava calor e edema da mesma articulação.

O paciente de 24 anos de idade, o mais jovem do grupo estudado, cuja queixa principal foi dor torácica, apresentava-se normal ao exame físico. (Vide TAB.V., Pag.).

TAB. V.: Sinais de exame físico de admissão de 14 pacientes portadores de BSA internados no HU da UFSC, entre 1980 e 1982.

SINAIS DE EXAME FÍSICO	FREQUÊNCIA
Úlcera de boca	9
Mucosas descoradas	4
Adenomegalia de pescoço	4
Estertores Subcreptantes	4
Caquexia	3
Tiragens	2
Murmurio vesicular diminuído	1
Hipocratismo digital	1
Hipertrofia sublingual	1
Amolecimento de dentes	1
Edema de lábio	1
Lesão de laringe e epiglote	1
Hiperpigmentação de pele (*)	1
Sinal de Giordano (*)	1
Adenomegalia generalizada (*)	1
Edema e calor de joelho (**)	1

(*) Portadores de insuficiência supra-renal pela BSA.

(**) Isolado P.brasiliensis no líquido sinovial, do joelho.

EXAMES LABORATORIAIS

Foram colhidos dos prontuários, dados positivos de exames laboratoriais, desde a data da internação dos pacientes até um dia imediatamente antes do tratamento dos mesmos.

Quanto aos exames de rotina (hemograma, parcial de urina, uréia, creatinina), e eventualmente glicemia, bilirrubinemia, LDH e fosfatase alcalina, os resultados foram os seguintes: dois pacientes com moderada leucocitose às custas de monócitos; um com hiperglicemia; e um com hiperbilirrubinemia.

Em todos os pacientes foram feitos um de dez exames de escarro para pesquisa de fungos, ocorrendo positivamente em 6 (seis) pacientes. Dos 12 (doze) pacientes que radiologicamente apresentaram lesões pulmonares compatíveis com BSA, 6 (seis) tiveram positivados a pesquisa de fungos no escarro. Nos dois pacientes com RX de tórax normal a pesquisa de fungos no escarro foi negativa. Não foi possível fazer relações entre o número de amostras de escarro e o grau de positividade obtido.

Em pacientes a pesquisa de *P. brasiliensis* no líquido sinovial foi positiva. (Vide TAB. VI, Pag.).

Os resultados positivos de exames parasitológicos de fezes foram incluídos no item "Diagnósticos Associados".

TAB. VI.: Resultados positivos de exames laboratoriais encontrados em 14 portadores de BSA internados no HU da UFSC, entre 1980 e 1982.

RESULTADOS	FREQUÊNCIA
Leucocitose (*)	2
Hiperglicemia	1
Hiperbilirrubinemia	1
Escarro positivo (**)	6
Líquido sinovial positivo (**)	1

(*) Às custas de monócitos.

(**) Pesquisa de P.brasiliensis.

ALTERAÇÕES RADIOLOGICAS

Todos os pacientes tiveram o tórax radiografado. Em 12 (doze) deles observou-se lesões pulmonares compatíveis com BSA. Dois não apresentaram qualquer alteração pulmonar ao RX. Curiosamente, um destes pacientes com RX de tórax normal, desenvolveu síndrome de Adson pela blastomicose e foi à óbito hospitalar. No outro paciente com RX de tórax normal não se conseguiu confirmação diagnóstica de BSA através de escarro ou biópsia de lesões labial; mesmo assim recebeu tratamento específico melhorando clinicamente.

Quanto ao padrão radiológico encontrado, em 10 (dez) pacientes (71%), as alterações radiológicas pulmonares eram constituídas por infiltrado intersticial geralmente difuso, tipo micro-retículo-nodular, na maioria das vezes em terço médio, acometendo h́ilos. Cinco pacientes tiveram cavitações pulmonares múltiplas, sendo dois deles portadores de tuberculose pulmonar associada. Um dos pacientes com tuberculose associada apresentou nódulo pulmonar.

Ocorreram lesões osteolíticas de fêmur, fíbula e tarso em paciente com artrite do joelho, comprovadamente devido a BSA. (Vide TAB. VII., Pag.).

TAB. VII.: Alterações radiológicas em 14 pacientes portadores de BSA internado no HU da UFSC, entre 1980 e 1982.

ALTERAÇÕES RADIOLÓGICAS	FREQUÊNCIA
Infiltrado intersticial pulmonar	10
Cavitações pulmonares	05
Nódulo pulmonar	01
Lesões osteolíticas (*).	01
Raio-X de tórax normal	02

(*) Em fêmur. fíbula e tarso.

CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA

A confirmação diagnóstica dos portadores de BSA deu-se através de biópsia, pesquisa de fungos no escarro, e no líquido sinovial. O modo de confirmação ficou assim distribuído: biópsia positiva em 4 (quatro) pacientes; escarro positivo em 4 (quatro); biópsia mais escarro positivo em 2 (dois); e líquido sinovial mais escarro positivo em 1 (um).

Em um paciente não foi possível confirmar o diagnóstico pelos métodos acima e julgou-se conveniente iniciar o tratamento pela evidência clínica do caso, vindo o mesmo a apresentar melhora com o tratamento específico.

Em dois prontuários não havia relatos quanto ao modo de confirmação. (Vide TAB. VIII., Pag.).

TAB. VIII.: Modo de confirmação do diagnóstico em 14 pacientes portadores de BSA, internados no HU da UFSC, entre 1980 e 1982.

CONFIRMAÇÃO	FREQUÊNCIA
Biópsia	04
Escarro	04
Biópsia mais escarro	02
Escarro mais líquido sinovial	01
Evidência clínica	01
Sem relatos no prontuário	02
T O T A L	14

FORMA CLÍNICA DE BLASTOMICOSE

As formas de BSA encontradas foram classificadas em Tegumentar (lábio, boca, laringe, e faringe); visceral (pulmões, supra-renal); e óssea.

Verificando-se a frequência do acometimento pulmonar em todos os pacientes, este ocorreu em 12 (doze) pacientes; e a tegumentar em 11.

Nove pacientes apresentaram a forma tegumentar associada à visceral pulmonar; dois unicamente com forma visceral pulmonar; um com forma tegumentar associada à visceral supra-renal; um com forma visceral pulmonar associado à forma óssea; e um unicamente com a forma tegumentar.

Em 4 (quatro) pacientes, achou-se descrito adenomegalia em região de pescoço, mas não haviam relatos de presença fúngica no gânglio, ou seja, a forma ganglionar de BSA. (Vide TAB. IX., Pag.).

TAB. IX.: Formas de BSA encontradas em 41 pacientes internados no HU da UFSC, entre 1980 e 1982.

FORMA	FREQUÊNCIA
Tegumentar mais pulmonar	09
Pulmonar	02
Tegumentar mais supra-renal	01
Pulmonar mais óssea	01
Tegumentar	01
T O T A L	14

DIAGNOSTICOS ASSOCIADOS

Quanto aos diagnósticos associados chamou atenção o alto índice de tuberculose pulmonar, ocorrendo 4 (quatro) casos. Os outros diagnósticos foram: parasitose intestinal em 4 (quatro) pacientes (variando entre áscaris, ancilóstomos, e estrongilóides); ptiríase versicolor em um.

TRATAMENTO HOSPITALAR

A droga preferida para o tratamento hospitalar foi a Anfotericina B (Fungison), sendo usada em 11 (onze) casos. Apenas 3 (três) casos foram tratados com sulfa (sulfadimetoxina).

Os efeitos colaterais da Anfotericina B relatados em prontuários foram: anemia em 3 (três) casos; hipocalcemia em 3 casos; náuseas e vômitos em 1 (um) caso; e cefaléia em 1 (um) caso. Deve ser observado, que em todos os casos, esta droga foi acompanhada, em forma de "coquetel", de hidrocortisona, heparina, dipirona e metoclopramida, com a intensão de evitar conhecidos efeitos colaterais da mesma. Muitas vezes houve suplementação de potássio, parenteral ou oral, com o mesmo intuito.

Não houve nenhuma indicação de efeitos colaterais nos 3 (três) casos em que a sulfa foi usada.

Quanto aos resultados do tratamento, em apenas 4 (quatro) prontuários haviam relatos de regressão dos quadro (sintomatológico e radiológico); nos outros nada havia sido escrito a respeito.

TEMPO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

O tempo de internação hospitalar variou de 17 à 90 dias, com média de 53 dias e desvio padrão de 26.

ÓBITO HOSPITALAR

Ocorreram 2 (dois) óbitos hospitalares, sendo apontado como causa de ambos, comprometimento da glândula supra-renal levando à insuficiência da mesma.

TRATAMENTO DOMICILIAR E REINTERNACÕES

Em 7 (sete) pacientes a droga escolhida para tratamento domiciliar foi sulfa. Dois pacientes com tuberculose pulmonar associada foram encaminhados para outro hospital; um deles recebendo sulfa mais esquema tríplice e o outro Fungison mais esquema tríplice. Sobre dois pacientes nada constava, e em um não houve tratamento domiciliar.

Não houveram reinternações.

COMENTÁRIOS

Conhecendo-se as características ecológicas do fungo, fica fácil imaginar-mos o porque de ser o homem proveniente do meio rural a principal vítima dessa doença.

O tempo de incubação da doença sabe-se que é prolongado e o comprometimento da economia insidioso, não havendo ainda estudos que demonstrem de que maneira ele se torna localizado ou generalizado, ou quais os fatores que levam determinados indivíduos a desenvolverem esta ou aquela forma clínica.

Conforme já preconizavam na década de 50, LACAZ e FAVAS NETO, já é perfeitamente aceito hoje o conceito de BSA infecção e BSA doença. Muito provavelmente, a exemplo da Tuberculose, a BSA predomina na forma de infecção mas a nossa estrutura ainda não esta montada de forma a permitir levantamentos epidemiológicos embora já existam meios laboratorias para esse tipo de trabalho.

Na casuística em pauta, mais de 70% dos pacientes eram do meio rural e com mais de 30 anos de idade, o demonstra o predomineo do fungo no meio rural e da doença a partir da 3ª

década o que coincide com os dados disponíveis na literatura.

O pulmão é a sede mais frequente da infecção primária, e também o órgão que mais facilmente permite a exploração para detecção da doença. Modernamente vem se enfatizando a necessidade de levantamentos imunológicos e radiológicos de forma que se possa prevenir e diminuir a incidência da doença, notadamente nas áreas endêmicas onde a BSA infecção assume grande importância.

CONCLUSÕES

- 01 - A maior incidência dos pacientes foi entre trinta e sessenta anos de idade.
- 02 - Todos os pacientes eram do sexo masculino.
- 03 - A maior parte dos pacientes eram lavradores.
- 04 - A média da data aproximada do início dos sintomas ficou em 27 meses.
- 05 - As quatro queixas principais mais comuns foram:
 úlceras de boca;
 dor torácica;
 dispnéia e;
 disfonia.
- 06 - O sintoma mais comum foi tosse.
- 07 - O sinal de exame físico mais comum foi úlcera de boca.
- 08 - O exame de escarro e a biópsia de lesões tugmentares foi suficiente em quase a totalidade dos casos para a confirmação diagnóstica.
- 09 - A principal apresentação radiológica foi infiltrado intersticial pulmonar tipo micro-retículo-nodular.

- 10 - A forma clínica mais comum foi turgumentar + pulmonar.
- 11 - Houve, relativamente alta incidência de tuberculose pulmonar associada. (28,57%)
- 12 - A droga preferida para o tratamento foi Anfotericina B.
- 13 - O tempo de internação hospitalar foi longo, com média de 53 dias.

ABSTRACT

Fourteen cases of BLASTOMICOSE SUL AMERICANA are reported seen in a period from may 1980 to september 1982 in Iniversity Hospital from UFSC.

They studied the epidemiologic, diagnostic, clinical and treatment aspects.

The authors realise a literature revision about this disease and correlected with this showed cases.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 - AFONSO, J.E. et al.- Função pulmonar na paracoccidioidinomicose (blastomicose sul-americana). Revista do Instituto de Medicina tropical de São Paulo, 21 (6):269-80, 1979.
- 2 - AZEVEDO, J.F. & LISBOA, C.S. - Paracoccidioidomicose - estudo de 106 casos. J. Pneumol., 6(1): 30-3, 1980.
- 3 - GREER, D.L., Y RESTREPO, A.M. "Epidemiologia da Paracoccidioidomicose C.C. Thomas, 117:141, 1975.
- 4 - GONÇALVES, A.J.R., OLIVEIRA, H.P., G. NETO, F.D., MORAIS, J.C.D. SALTZ, E. NUNES, R., COSTA, I.C., KIK, M.E., TEIXEIRA, L.A.N., PINTO, A.M.M.: Paracoccidioidomicose (Blastomicose Sul-Americana) - Rev. Méd. HSE, 29 (1/2): 11-37, 1977.

- 5 - LIMA, N.S. et al. - Tratamento da blastomicose sulamericana (paracoccidioidomicose) com miconazole administrado por via oral. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, 20 (6): 347-52, 1978.
- 6 - LONDERO, A.T., "Epidemiologia da Paracoccidioidomicose. Ars Curandi 7 (12): 14. 1975.
- 7 - PROENÇA, N.G. et al. - Miconazole em paracoccidioidomicose: uma opção a ser melhor estudada: An. Bras. de Dermatol., 53 (3): 227-86, 1978.
- 8 - RAMIREZ-MARTINEZ, J.R. Growth and physiological characteristics of *P. brasiliensis*. In: "Paracoccidioidomycosis Proceed. of de First Pan American Symposium. Medellin, Colombia, Oct. 1971. Washington D.C., PAHD, 1972.
- 9 - RIPPON, J.W.: "Medical Mycology The pathogenic Fungi and the pathogenic Actinomycetes", Secon edition, W.B. Saunders Company, 459:481, 1982.
- 10- VERONESI, R.: "Doenças infecciosas e Parasitárias", 6ª edição, Guanabara Koogan, 755:767, 1976.

**TCC
UFSC
CM
0228**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0228
Autor: Espindula, João Lo
Título: Estudo de 14 de casos internados



972814691

Ac. 253417

Ex.1 UFSC BSCCSM